

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Berthe, Lucie, Isabelle MARCHAND

Née le 10 Novembre 1899 à Paris
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

RÔLE DE L'HÉRÉDOSYPHYLIS

DANS LE

RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT
CHEZ L'ENFANT

Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Berthe, Lucie, Isabelle MARCHAND

Née le 10 Novembre 1899 à Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

RÔLE DE L'HÉRÉDOSYPHYLIS

DANS LE

RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT

CHEZ L'ENFANT

Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

I. — PROFESSEURS

MM.

NICOLAS.
 CUNÉO.
 Ch. RICHET.
 N...
 DESGREZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBÉ
 SICARD.
 LECENE.
 ROUSSY.
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD.
 MENETRIER.
 ROGER.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 ACHARD.
 WIDAL.
 MARFAN.
 NOBÉCOURT.
 H. CLAUDE.
 JEANSELME.
 GUILLAIN.
 TESSIER.
 DELBET.
 HARTMANN.
 LEJARS.
 GOSSET.
 TERRIEN.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 OMBRÉDANNE.
 VAQUEZ.
 SEBILEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

Anatomie
 Anatomie médico chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Clinique médicale
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses
 Clinique chirurgicale
 Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
RAMI . . .	Pathologie médicale.
GLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
BERTIN . . .	Pathologie médicale.
SSET . . .	Pathologie chirurgicale.
DOUIN . . .	Pathologie médicale.
ET . . .	Physiologie.
CHETIERE . . .	Chimie biologique.
ANCA . . .	Histologie.
ULÉ . . .	Pathologie médicale.
SQUET . . .	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
AMPY . . .	Histologie.
RAY . . .	} Pathologie médicale.
ERC . . .	
BRÉ . . .	Hygiène.
de JONG . . .	Anatomie pathologique.
VOIR . . .	Médecine légale.
ALLE . . .	Obstétrique.
SSINGER } . . .	} Pathologie médicale.
IX . . .	
ERNIER . . .	Pathologie expérimentale.
RVIER . . .	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER . . .	Urologie.
VELACQUE . . .	Anatomie.
YEUX . . .	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ(Henri). . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . .	Obstétrique.
LEWAITRE . . .	Oto rhino-laryngologie.
LEMIERRE . . .	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN . . .	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MOCQUOT . . .	} Pathologie chirurgicale
MONDOR . . .	
MOURE . . .	} Pathologie chirurgicale
MULON . . .	
MULON . . .	Histologie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHER Fils . . .	Physiologie.
ROUVIERE . . .	Anatomie.
N . . .	Physique médicale.
TANON . . .	Pathologie médicale.
TIFFENEAU . . .	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VERNE . . .	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.
WELTER . . .	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
MUS . . .	Physiologie.
UGEROT . . .	Pathologie médicale.
ÉNIOT . . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERRER . . .	Histologie.
N . . .	Anatomie pathologique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	N...	Clinique chirurgicale fantile.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
LEREBOULLET . . .	Clinique médicale infan- tile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	} Clinique médicale.	N...	Clinique ophtalmologique.
LÉPER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infir- mités adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Professeur de Clinique et d'Hygiène de la première enfance
Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait l'honneur d'accepter la
Présidence de cette thèse, modeste
hommage de notre respectueuse recon-
naissance pour l'enseignement si clair
et si vivant que nous avons reçu de
lui.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

MONSIEUR LE DOCTEUR A. SCHWARTZ, Chirurgien des
Hôpitaux. Necker, 1919.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGÉ, Médecin à l'Hôpital
Broussais (*in memoriam*).

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BROCA (*in memoriam*).
Enfants Malades, 1920-1921.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT. Hôtel-Dieu, 1921-
1922.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN. Enfants-Assistés,
1922-1923.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. SCHWARTZ. Necker, 1923.

MONSIEUR LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO. Maternité
de Beaujon, 1924.

A TOUS CEUX QUI M'ONT INSTRUITE
OU GUIDÉE DANS MES ÉTUDES MÉDICALES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE VALLERY-RADOT

*que nous sommes heureuse de remercier
ici de la bienveillance qu'il nous a tou-
jours témoignée pendant notre séjour
aux Enfants-Assistés et de l'aide qu'il
nous a apportée dans la réalisation de
ce travail.*

INTRODUCTION

Le rhumatisme chronique déformant chez l'enfant est une maladie relativement rare qui est restée longtemps mal individualisée et dont l'étiologie restait imprécise.

Des théories nombreuses virent le jour, plusieurs eurent même une véritable vogue. L'étude de la syphilis, le perfectionnement des moyens de diagnostic et de traitement montrant l'extrême fréquence de cette affection, orientèrent les recherches de ce côté.

Quelques auteurs s'appliquèrent à montrer l'importance que jouait le terrain syphilitique dans l'étiologie du rhumatisme chronique déformant.

Malgré cela, il semble qu'à l'heure actuelle, cette fréquence de l'origine syphilitique du rhumatisme chronique déformant de l'enfant soit encore très imparfaitement connue : aussi notre but est-il précisément de contribuer à la faire mieux connaître par des exemples choisis parmi les plus typiques.

1. — HISTORIQUE

Déjà décrit par Baillou au xvi^e siècle, par Landré Beauvais en l'an VIII, il faut atteindre le milieu du xvi^e siècle avec Charcot pour avoir une description précise du rhumatisme chronique déformant.

En 1864, Cornil publia le 1^{er} cas observé chez l'enfant.

Bouchut, Trousseau, Bouvier, Durand-Fardel, Picot, de Martel, Stoïcesco, Dally, Blache, Smith décrivent également des cas de rhumatisme chronique déformant chez l'enfant.

En 1880 parut la traduction du travail de Moncorvo.

De nouveaux cas publiés par Vulpian, Raymond, Potain, Sené, Decroizilles, Sagin, Hénoch furent relatés dans les thèses de Lacaze-Doré et Pélissier.

D'autres thèses eurent également pour sujet le rhumatisme chronique déformant de l'enfant : celles de Crèveœur en 1890,

de Diamantberger en 1891,

de Céry en 1892.

En 1893, Haushalter en publia un nouveau cas.

Variot, Jacobi, Chealde, Markins, Stringer, Comby, Wagner, de Munich, et Sergin, de Bucarest, étudient le même sujet.

En 1896, Poncet insiste sur le rhumatisme chronique tuberculeux dont Bérard et Destot précisent plus tard les caractères radiographiques. Sous l'impulsion de Poncet, le rhumatisme chronique tuberculeux fut aussi étudié chez l'enfant par Barjon, Levet, Andrieu, Montet.

D'autres thèses paraissent : celles d'Amelin en 1896, de Gastinel en 1897, puis les observations de Delcourt de Bruxelles, Ausset, Grancher, Cruchet de Bordeaux, Guinon, Barbier.

En 1900, Moncorvo publie une observation de rhumatisme chronique déformant chez un nourrisson hérédosyphilitique.

D'autre part, la syphilis articulaire fait l'objet de nombreuses études : celles de Richet, Méricamp, Lannelongue, Danjou, Fouquet et Métayer en 1904.

La théorie de Poncet suscite encore quelques travaux : la thèse de Liénard en 1905, et les rapports du Congrès de (1905) remettent la question du rhumatisme tuberculeux à l'ordre du jour.

En 1907, « La Semaine Médicale » publia de nouveaux cas présentés à la Société de Médecine de Vienne.

La même année, Fournier décrivait la multiplicité des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive.

Cependant, dès 1901, Ed. Fournier avait attiré l'attention sur le rhumatisme chronique déformant considéré comme manifestation possible de l'hérédosyphilis. M. le Professeur Méry en 1903, discute cette opinion à propos d'une observation. Le Professeur Haushalter, de Nancy,

présente, en 1906, un cas de rhumatisme chronique déformant chez un hérédo-syphilitique.

Maillard, dans sa thèse (1907) en présente un autre cas.

En 1913, Le Fort, dans la section de Pédiatrie du Congrès de Gynécologie de Lille, attire l'attention sur les manifestations pseudo-tuberculeuses de la syphilis héréditaire.

Le mois suivant, Ch. Fouquet signale à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie un résultat favorable du traitement spécifique sur des hydarthroses bilatérales et symétriques multiples chez une hérédo-syphilitique.

De 1915 à 1922, M. H. Dufour, avec divers collaborateurs, présente à la Société médicale des Hôpitaux, toute une série de cas de rhumatisme chronique déformant chez des syphilitiques ou hérédo syphilitiques certains. Il précise la définition du rhumatisme polyarticulaire déformant syphilitique et fait remarquer le peu de place qui revient à la tuberculose dans l'étiologie du rhumatisme chronique déformant.

En 1922, la thèse de Mme S. Geismar résume la question en établissant nettement l'existence d'un rhumatisme poly-articulaire déformant syphilitique chez l'adulte et chez l'enfant.

En 1924, J. Diratzouyan écrit une thèse sur le même sujet.

Et tout récemment (oct. 1924) Pierre Vallery Radot a publié dans la « Pratique Médicale Française » un article intitulé : « rôle de la syphilis dans le rhumatisme chronique déformant de l'enfant » et renfermant quatre

observations très intéressantes recueillies dans le service de M. le Prof. Marfan à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion d'observer dans ce même service un nouveau cas, et c'est, inspirée par ces derniers documents, que nous avons été amenée à choisir ce sujet de thèse.

II. — ÉTIOLOGIE

Avant d'aborder l'étiologie du rhumatisme chronique déformant, il est logique, pour limiter la question, d'en donner une définition précise.

Nous adopterons celle donnée par M. H. Dufour à la Société Médicale des Hôpitaux au cours d'une de ses présentations de malades, cette définition valant aussi bien pour l'enfant que pour l'adulte :

« Je n'entends parler ici que du rhumatisme polyartculaire chronique déformant, c'est-à-dire de cette affection à évolution progressive caractérisée : par des déformations articulaires et paraarticulaires, prenant toujours les extrémités des membres, entraînant au niveau des articulations touchées des altérations segmentaires ; par des atrophies musculaires ; par des poussées d'hydarthrose ou de gonflement synovial ; par des douleurs sous forme d'arthralgies, de névralgies, et par l'échec des différents traitements institués pour combattre l'affection ».

Ainsi défini, le rhumatisme chronique déformant, ou polyartculaire chronique déformant, pour adopter la terminologie de M. Dufour, est une affection de l'enfant comme de l'adulte.

M. le Professeur Marfan dans le *Traité des maladies de l'enfance* (1897) donnait déjà une description très détaillée de cette affection, signalait son début précoce, et même parfois très précoce, son évolution symétrique et centripète, et précisait les déformations caractéristiques qu'elle engendrait.

Pour ce qui est de l'étiologie de cette maladie, la syphilis n'était pas encore mentionnée, cependant, un groupe de rhumatismes *paraissant primitifs* était distingué, groupe pour lequel on *invoque l'action du froid humide, l'hérédité arthritique, sans preuves bien établies*, sans doute, le rhumatisme chronique déformant syphilitique était-il englobé dans cette catégorie ?

L'idée du rôle que pouvait jouer la syphilis dans l'étiologie du rhumatisme chronique déformant s'est développée petit à petit lorsqu'on a vu les 2 affections coexister simultanément chez le même sujet. En effet il est une loi de pathologie bien connue qui fait rattacher 2 lésions simultanées à la même cause.

Dès 1901 M. Fournier, à la suite d'une présentation de malade à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie — il s'agissait d'un rhumatisme chronique déformant chez une hérédo-syphilitique certaine, — posait la question.

Est-il possible d'attribuer à la même cause (il venait d'énumérer les stigmates spécifiques), toutes les athropathies qu'elle présente et de considérer dans ce cas la syphilis héréditaire comme l'étiologie possible du rhumatisme chronique déformant.

Un peu plus tard M. le Pr Méry passant en revue les causes du rhumatisme chronique déformant dit ceci :

Une autre cause, que je dois citer en passant, c'est la syphilis héréditaire qui peut donner lieu, dans certains cas, à des lésions rappelant le rhumatisme nouveau...

Liénard dans sa thèse (1905) hésite à attribuer un rôle étiologique à la spécificité :

La syphilis a été rapportée également comme cause adjuvante ; nous relatons le cas d'un enfant hérédosyphilitique, atteint à 5 mois de rhumatisme chronique. Y a-t-il corrélation ? Il serait hasardeux de se prononcer.

(Voir plus loin cette observation (Obs. XXVI qui est celle de Moncorvo), Maillard dans sa thèse (Nancy 1907, p. 60) conclut en ces termes :

Il convient, nous croyons, d'admettre que, dans certains cas, il y a non seulement coexistence, mais relation évidente entre le rhumatisme chronique déformant et l'hérédo-syphilis.

En 1915, par sa communication à la Société médicale des Hôpitaux M. Dufour suscite des discussions sur ce sujet.

A ce propos M. P. Legendre exprime son opinion en ces termes :

... Je suis arrivé à considérer cette déformation comme un syndrome de réaction de l'appareil locomoteur contre beaucoup d'infections et d'intoxications.

J'ai vu ce syndrome chez des syphilitiques comme M. Dufour, et chez des tuberculeux comme Poncet, et chez des sujets qui n'étaient ni syphilitiques ni tuberculeux, mais qui s'intoxiquaient chroniquement par leur

tube digestif ou par leur appareil génital ou urinaire.

Cependant M. Œltinger ne partage pas tout-à-fait cette opinion.

... Il se peut que parfois on puisse faire jouer à la syphilis héréditaire ou acquise, un rôle étiologique. Un cas que j'ai observé m'engagerait volontiers à le croire mais, de toutes façons, il ne me paraît pas logique de vouloir reconnaître au rhumatisme chronique déformant une étiologie univoque, toujours la même.

En juillet 1916, MM. Lœper, Bergeron et Vahram font une communication sur les rapports du rhumatisme et de la syphilis :

Depuis 5 mois que nous étudions cette question des rapports de la syphilis et des rhumatismes, nous avons observé 41 cas de rhumatisme d'origine syphilitique, ou tout au moins nés sur un terrain syphilitique, ce qui représente un peu plus de 1/3 des cas douteux que nous avons étudiés. Et plus loin :

Nous dirons donc, en conclusion que le rhumatisme subaigu ou chronique le plus banal en apparence peut avoir une origine syphilitique ou tout au moins être favorisé par la syphilis.

A la suite d'une communication de MM. Henri Dufour et A. Ravina à la Société Médicale des Hôpitaux (29 juillet 1921), M. Mercklen se rallie complètement aux idées de M. Dufour :

Nous tenons à appuyer la manière de voir de M. Dufour. On rencontre assez souvent des rhumatisants chroniques dont les antécédents pathologiques se bornent à la syphilis. N'y a-t-il là qu'une coïncidence ?

Nous ne le croyons pas, ce qui, bien entendu, ne veut pas dire à nos yeux que la syphilis résume à elle seule l'étiologie du rhumatisme chronique. Ce dernier constitue un syndrome ; il y a lieu d'y isoler le rhumatisme chronique d'origine syphilitique, qui paraît assez fréquent.

Laplane, dans sa thèse (Montpellier, 1921) mentionne l'étiologie syphilitique :

N'oublions pas la tuberculose pulmonaire osseuse ou ganglionnaire, et les manifestations de l'Hérédosyphilis qui se retrouvent dans nombre de cas (p. 65).

Ch. Gernez, a fait paraître dans *l'Echo Médical du Nord* (7 janvier 1922) un article sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie du rhumatisme chronique déformant polyarticulaire. On y lit ces lignes :

.. Or, des observations récentes ont montré que le Rhumatisme polyarticulaire déformant n'est pas exceptionnel chez l'enfant. (Méry et Guérin, Paris Médical 1919, p. 232) ni même le nourrisson et qu'il est alors le plus souvent d'origine hérédospécifique.

M. Miliau affirme son opinion à propos du rhumatisme chronique déformant (26 janvier 1923, p. 102, *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*) :

Il existe en tout cas et à coup sûr, un rhumatisme déformant syphilitique, ainsi que j'en ai reproduit un exemple dans le Traité de Médecine de Brœuardel et Gilbert.

M. le Pr Duhot, médecin des Hôpitaux de Lille, expose sur ce même sujet, sa manière de voir à la *Société Médicale des hôpitaux* (30 novembre 1923) :

J'ai l'impression que le rhumatisme déformant typique reste une affection neurotrophique... quoi qu'il en soit la syphilis m'apparaît comme un facteur possible mais non comme le seul ni le plus important; exagérer en ce sens exposerait à faire méconnaître, un jour, la part de vérité que contient cette théorie.

Tout récemment (17 juin 1924) à la suite d'une présentation de malade, MM. Pierre Vallery-Radot et P. Aris, disaient :

Il est probable que beaucoup de cas mis autrefois sans preuves suffisantes sur le compte du rhumatisme tuberculeux peuvent actuellement être regardés comme étant d'origine syphilitique. Les résultats fournis par l'enquête familiale, les examens cliniques et sérologiques autorisent cette manière de voir.

Récemment *Les Archives Latino-Américaines de Pédiatrie* publiaient un article des docteurs Acuna et Bazan, avec 7 observations. Leurs conclusions étaient en résumé celles-ci :

1° Le R. ch. déformant de l'enfant est parfois produit par la syphilis héréditaire.

2° Le R. ch. déformant H Σ ne présente pas une symptomatologie propre. Dans certains cas la négativité de la cuti-réaction, l'absence d'autres facteurs étiologiques, infections, intoxications, causes dystrophiantes, et la réaction de Wassermann positive à plusieurs reprises, donneront la clef du diagnostic.

La syphilis joue donc un rôle dans l'étiologie du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant mais à quel degré la syphilis agit-elle ? M. Dufour a exposé ce

point de vue dans une de ses communications à la Société Médicale des hôpitaux :

J'ai tendance à croire que la syphilis dont il s'agit ici, est de nature atténuée, en ce sens que les manifestations rhumatismales éclosent chez des syphilitisés d'ancienne date. Cette atténuation de la syphilis se montre de préférence chez les hérédo-syphilitiques qui franchissent sans encombre les 15 à 20 premières années de l'existence et chez toutes ces femmes qui syphilitisées par la conception d'un enfant né de père soi-disant guéri, sont capables de faire des manifestations atténuées d'une maladie qu'elles ignorent toute leur vie mais dont nous trouvons la preuve chez leurs descendants.

D'autre part M. Ch. Flandrin lors d'une récente communication à la Société Médicale des hôpitaux a exprimé une idée semblable (14 déc. 1923).

Après avoir présenté 4 malades, dont une hérédo syphilitique, atteinte de douleurs rhumatismales avec ou sans arthropathie coexistait avec des antécédents spécifiques, et chez lesquelles le traitement antisiphilitique institué amena une amélioration très nette, M. Ch. Flandrin conclut en ces termes :

L'enseignement qui paraît pouvoir être tiré de cas de ce genre est le suivant :

1° La syphilis ancienne et peu virulente, peut produire des lésions ostéoarticulaires sans caractère apparent de spécificité et ne se distinguant par aucun caractère des lésions relevant de toute infection ou intoxication atténuée ou chronique,

Ce qu'il convient de retenir c'est que pour expliquer la production du rhumatisme chronique déformant, nous ne pouvons plus nous contenter de formules telles que *l'arthritisme*, un peu vague et difficile à prouver. L'origine *tuberculeuse* de la maladie a eu son temps de vogue avec Poncet, mais paraît en définitive bien moins fréquente que l'origine *syphilitique* qui nous paraît maintenant suffisamment démontrée.

Chez l'adulte, cette notion a déjà une grande importance, mais chez l'enfant elle est primordiale, car chez lui, les autres causes peuvent être en général éliminées et l'hérédosyphilis reste la cause la plus souvent imputable lorsqu'on veut bien la rechercher systématiquement.

III. — SYMPTOMATOLOGIE

Le rhumatisme polyarticulaire déformant de l'enfant, contrairement à l'opinion la plus répandue, nous a paru débiter fréquemment dans le tout jeune âge.

Parmi les 27 observations que nous reproduisons, nous relevons :

1° 5 fois un début avant deux ans, ces cas sont répartis de la façon suivante :

1 cas congénital (Obs. XXIV)

1 cas à 3 mois (Obs. XXVI)

2 cas à 1 an (Obs. XIII et III)

1 cas à 20 mois (Obs. XX).

2° 6 fois un début de 1 à 5 ans :

2 cas à 2 ans (Obs. VI et XIV)

3 cas à 3 ans (Obs. I, XVI et XVII)

1 cas à 4 ans (Obs. XIII).

Ainsi que l'a observé notre maître M. le Pr Marfan, le début après 5 ans s'est montré le plus fréquent, nous trouvons en effet :

3° 8 fois un début entre 5 et 10 ans :

2 cas à 6 ans (Obs. XXII et XXVII)

1 cas à 6 ans 1/2 (Obs. XI)

- 1 cas à 7 ans (Obs. XV)
3 cas à 8 ans (Obs. II, III, XXIII)
1 cas à 9 ans 1/2 (Obs. XIX).

4° 7 cas où le début est noté entre 10 et 15 ans :

- 4 cas à 11 ans (Obs. V, IX, XII, XXI)
1 cas à 12 ans (Obs. X)
2 cas à 14 ans (Obs. VII et XXV).

Le début de la maladie est donc souvent très précoce, mais s'observe avec une fréquence plus grande après 5 ans.

De même que chez l'adulte, le rhumatisme chronique déformant se voit surtout dans le sexe féminin. Dans nos observations 16 cas sont survenus chez des fillettes contre 11 chez des garçons.

Le mode de début, de beaucoup le plus souvent observé est le début lent, progressif : aussi est-il difficile en général à préciser.

Cependant dans une de nos observations (Obs. IV) le début a été brusque, marqué par des douleurs nocturnes et des accès de fièvre. Dans une autre observation le rhumatisme serait apparu à la suite de convulsions chez un enfant de 20 mois (P. R. Obs. XX), mais ces cas sont rares et dans toutes nos autres observations, le début est toujours signalé *lent, insidieux, progressif*.

Dans toutes les observations que nous reproduisons, le rhumatisme n'a pas été précédé dans aucun cas par une infection secondaire (angine, grippe, scarlatine) directement imputable et nous n'avons pas trouvé dans nos observations de maladie grave à retenir dans les an-

lécédents des enfants en dehors de l'hérédosyphilis.

Les premiers symptômes qui attirent l'attention sont variables. Le plus souvent c'est le *gonflement* d'une ou plusieurs articulations jusqu'alors parfaitement saines. Dans 9 de nos observations, c'est le premier symptôme signalé (Obs. I, II, III, V, VIII, XIV, XV, XVII, et XXVI).

Presque aussi souvent, le début est marqué par des *douleurs* (7 cas : Obs. IV, VI, XVI, XVII, XVIII, XXIII, XXV) ce sont les douleurs tantôt vagues, tantôt lancinantes, à maximum nettement vespéral ou nocturne, localisées à une ou plusieurs articulations et qu'aucun des traitements habituels ne peut soulager.

Douleurs et *gonflement* peuvent faire leur apparition simultanément ; dans 5 de nos observations, c'est par ces symptômes que le rhumatisme a débuté (Obs. VII, IX, XI, XII, XXI).

Plus rarement se sont des troubles fonctionnels qui, attirent l'attention : l'enfant se sert difficilement de ses mains, ou bien la marche devient pénible (Obs. X, XIII, XX).

Le mode d'envahissement du rhumatisme chronique déformant est extrêmement variable, celui-ci atteignant d'emblée la plupart des articulations ou au contraire, restant longtemps localisé à quelques-unes d'entre elles.

Par ordre de fréquence, les articulations les premières touchées sont :

1° Celles des doigts (11 cas : Obs. III, IV, IX, XI, XII, XVI, XX, XXII, XXIV, XXV, XXVI ;

2° Celles des genoux (7 cas : Obs. I, V, VI, XVII, XIX, XXI, XXIII;

3° Celle des coudes (3 cas : Obs. VIII, XVIII, XXVII;

4° La hanche (2 cas : Obs. VII et XIII) ;

5° Les pieds (Obs. X) et les poignets (Obs. II).

Cet envahissement est symétrique et progressif — les articulations les plus anciennement atteintes n'ont aucune tendance à guérir spontanément, si bien que, dans certains cas, toutes les articulations finissent par être touchées à la fois.

Ces articulations sont le siège d'un gonflement toujours manifeste : la jointure malade devient globuleuse, la peau qui la recouvre est amincie, pâle, luisante. Les muscles péri-articulaires s'atrophient, les tendons se rétractent.

Le gonflement entraîne pour chaque articulation une attitude caractéristique : les mains sont tombantes en pronation avec doigts demi-fléchis, les genoux demi-fléchis, les pieds tombants, en varus équin.

Au début, la douleur seule s'oppose au redressement des articulations, plus tard, les *déformations osseuses* et les *rétractions tendineuses* entraînent une véritable ankylose.

On constate souvent de la *polyadénie* et de la *splénomégalie*.

La *pilosité* est souvent excessive, au point que l'on prend souvent ces enfants pour des tuberculeux (Obs. I). L'état général s'altère vite, l'amaigrissement devient intense, le développement général est très retardé.

Il faut rechercher en présence d'un rhumatisme chro-

nique déformant de l'enfant, les stigmates de l'hérédosyphilis. En les recherchant systématiquement on les retrouve souvent : soit dans les antécédents héréditaires (père tabétique ou paralytique général, ou atteint d'aortite) soit dans les antécédents collatéraux (polyléthalité infantile des frères et sœurs, morts nés, fausses couches à répétition) ou dans les antécédents personnels.

La fréquence de *troubles oculaires* est une particularité déjà notée par M. Pierre Vallery-Radot, et sur laquelle nous insistons à nouveau puisque sur nos 27 observations, nous relevons 8 fois la coexistence de lésions oculaires.

Les lésions dentaires, linguales, auriculaires, les malformations, la splénomégalie coexistant avec une polyadénie et en particulier la présence de ganglions épitrochléens, sont autant de stigmates à rechercher, car il ne faut pas oublier que c'est le diagnostic étiologique qu'il importe de poser.

On n'aura pas toujours la chance de trouver ces signes associés ou simplement isolés et qui sont comme une signature de l'infection hérédosyphilitique. Il est des cas, en effet, où seul le Wassermann pratiqué systématiquement au premier examen ou après réactivation, montrera l'origine du rhumatisme (Obs. IV, VII, XII).

Cependant, il faut savoir que chez l'enfant hérédosyphilitique le Wassermann est rarement positif, et que la négativité de cette réaction ne permet pas d'exclure l'hérédosyphilis.

Nous reparlerons au chapitre « diagnostic » de la valeur à attribuer au Wassermann et aux autres examens

de laboratoire : la cutiréaction servant au diagnostic-étiologique, la radiographie fournissant dans une certaine mesure des éléments de pronostic.

Voici sur nos 27 observations, comment se répartissent les stigmates qui permettent d'affirmer l'hérédo-syphilis.

Nous avons relevé :

1° *10 fois des antécédents collatéraux.*

Obs. : VIII, IX, XI, XIII, XVI, XVII, XIX, XXIII, XXIV, XXV.

2° *9 fois des lésions oculaires :*

Obs. : II, III, VI, XIX, XX, XXII, XXIII, XXV, XXVII.

3° *8 fois des antécédents héréditaires :*

Obs. : II, V, VI, XIX, XX, XXI, XXIV, XXVI.

4° *5 fois des lésions dentaires :*

Obs. : I, VI, XIX, XXI, XXV.

5° *3 fois des lésions linguales :*

Obs. : I, III, XV.

6° *2 fois une splénomégalie :*

Obs. : XVIII, XXVI.

7° *1 fois des lésions auriculaires :*

Obs. : II.

8° *1 fois des malformations craniennes :*

Obs. : XXI.

Certaines de nos observations remontent à 1900, et la réaction de wassermann n'y est pas toujours mentionnée, cependant *10 fois* nous relevons un *wassermann positif* et *14 fois* la cuti-réaction est indiquée négative.

Évolution

Le rhumatisme chronique déformant abandonné à lui-même évolue lentement vers l'ankylose progressive. La multiplicité des jointures atteintes entraîne l'impotence, l'état général s'en ressent et il n'est pas rare, ainsi que nous l'avons constaté, de voir de ces malheureux enfants rhumatisants arrivés à un véritable état de cachexie malgré tous les traitements mis en œuvre.

Fort heureusement le traitement antisiphilitique institué de façon précoce et persévérante s'est montré, d'après les cas qu'il nous a été donné d'observer, capable non pas toujours de réduire les déformations osseuses, mais tout au moins d'enrayer l'évolution de la maladie et de modérer jusqu'à un certain point la tendance aux rétractions scléreuses. A ce point de vue les résultats obtenus sont nettement meilleurs chez l'enfant que chez l'adulte, l'affection n'aura donc pas chez l'enfant un pronostic aussi sombre que chez l'adulte.

Toutefois on ne saurait trop insister sur l'importance d'un traitement précoce et prolongé, l'affection a en effet une ténacité remarquable, et susceptible de procéder par poussées dès que le traitement est interrompu, ou qu'une maladie intercurrente vient affaiblir la résistance du malade. (Obs. V, XVII).

IV. — OBSERVATIONS

Les 5 premières de nos observations ont été recueillies dans le service de M. Marfan.

Les suivantes ont été glanées dans des thèses, dans les revues des sociétés ou des revues étrangères.

Obs. I. — (Hospice des Enfants Assistés. Service de M. le P^r MARFAN).

Lucienne P..., née le 4 mars 1917 (Voir Radiographie).

A. H. : 3^e enfant.

A. C. : pas de fausse couche.

A. P. : nourrie au sein jusqu'à 16 mois.

Dentition, marche, normales.

L'état de la langue avait été remarqué.

H. M. : le rhumatisme débuta en 1920 (l'enfant avait 3 ans) le genou droit enfla à la suite d'une chute, puis les coudes de pieds, les coudes, les poignets. Les mains se prirent successivement.

E. A. : 1^{er} examen : 27 juillet 1922 (5 ans).

Rachitisme ancien.

Maigreur intense.

Retard considérable du développement. P. : 12 kg. 500.

Adénopathies généralisées, système pileux développé.

Dysmorphisme dentaire.

Langue scrotale.

Ankylose du *coude* par rétractions.

Poignet gauche très déformé.

Articulation *coxo-fémorale* normale à droite à gauche, douleurs spontanées, contractures en flexion.



Lucienne P... Genou gauche.

Genoux très déformés, gonflement très marqué des premières phalanges des doigts.

Rien aux pieds.

Avait été mise au traitement par l'onguent napolitain :
3 séries.

A l'iodalose.

À la teinture d'iode, sans grand résultat.

Amenée à M. Marfan on la remet au traitement par l'onguent napolitain et thyroïdien.

Puis elle subit un traitement arsenical (arséno-benzol) puis bismuthé (quinio-bismuth) et enfin iodé (par voie gastrique).

En mai 1922. — Il n'y avait pas encore grande amélioration, mais *en octobre 1924* on pouvait noter une amélioration évidente de l'état général : meilleur aspect, augmentation de poids. Les articulations étaient moins douloureuses, les mouvements un peu moins limités

En oct. 1925. — Le résultat fonctionnel est extraordinaire. La main droite est presque normale ; un seul doigt ne peut être complètement étendu. La main gauche est en très bonne voie de guérison.

Les genoux ne peuvent être complètement étendus mais l'enfant marche seule.

Obs. II. — Hospice des Enfants Assistés. Service de M. le Pr MARFAN.

Lucienne T., née le 8 juin 1913, est amenée à M. Marfan pour rhumatisme chronique déformant et troubles de la marche.

A. H. : Père rhumatisant et ataxique.

A. P. : A toujours eu une démarche titubante.

H. M. : Les poignets sont déformés depuis l'âge de 8 ans (1921).

La même année est apparue également une *kératite interstitielle* constatée par M. le Pr de La Personne et confirmée par le Dr Poulard.

E. A. : Surdité labyrinthique.

Paraplégie spasmodique manifestement hérédo-syphilitique.

Rhumatisme déformant des poignets qui sont élargis. Synoviale épaissie. Atrophie des inter-osseux, conservation des mouvements des poignets sauf ceux de latéralité.

Ni points douloureux, ni liquide appréciable.

Réflexes exagérés. Trépidation épileptoïde, signe d'Argyll.
Wassermann faiblement positif. Benjoin colloïdal sub-positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Le traitement suivi fut successivement :

le *traitement* mercuriel, bismuthique, puis arsénical.

Le résultat fut excellent : amélioration de la démarche qui devient normale. Rétrocession de la kératite interstitielle. Guérison des déformations des doigts et des poignets qui recouvrirent tous leurs mouvements.

En oct. 1925. — Le rhumatisme est complètement guéri, il ne persiste aucune trace du gonflement des poignets et des doigts. L'enfant se sert très bien de ses mains.

Sa marche est maintenant normale.

Amélioration de l'état mental.

Obs. III (voir figures 1 et 1 bis, p. 34). — Hôpital des Enfants Assistés. Service de M. le Pr MARFAN.

Madeleine D., née le 19 juin 1920, est amenée dans le service du Pr Marfan parce que ses articulations étaient enflées depuis l'âge de 1 an.

A. H. et *A. P.* : Rien de particulier.

A. C. : Un enfant né prématurément à 7 mois, mort à 4 jours.

H. M. : Début de la maladie à 1 an par déformations des mains, des pieds puis des genoux. Jusqu'à 2 ans, aggravation progressive : marche presque impossible, douleurs et cris continuels.

Vue pour la première fois aux Enfants-Assistés, on note (3 mai 1923) :

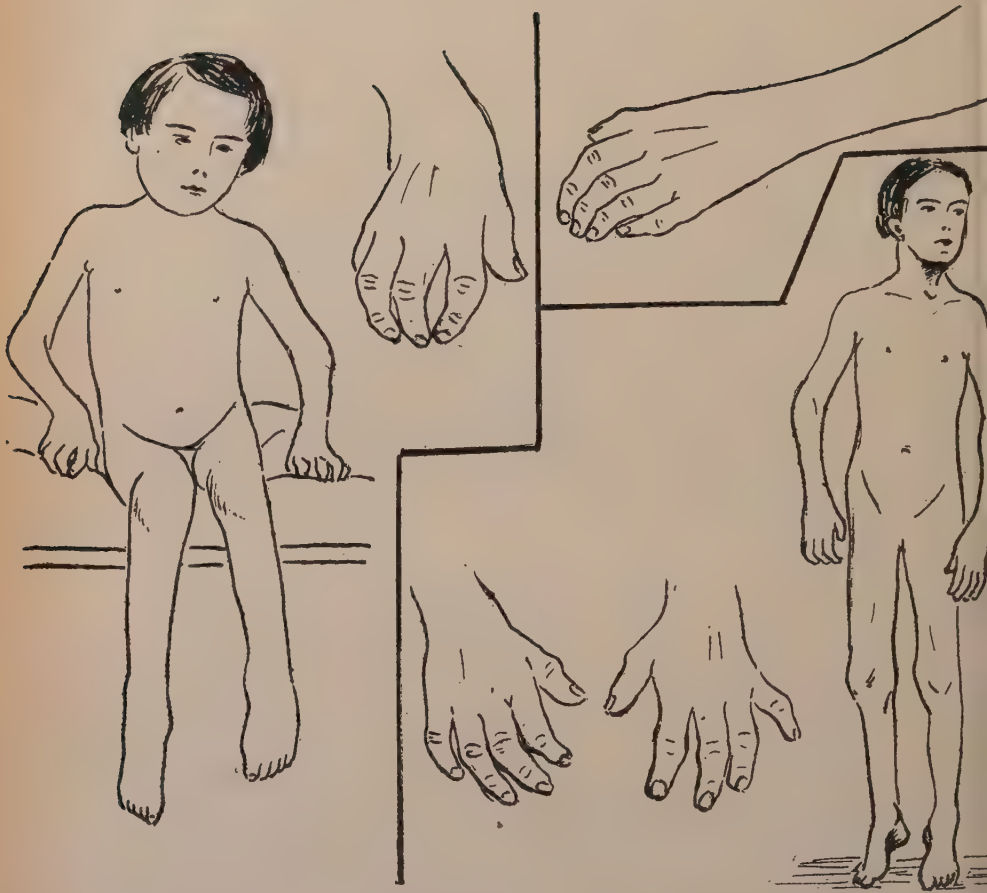
Poids : 10 kg. 050.

Cuti-réaction : négative.

Wassermann et Hecht : négatifs.

Glossite exfoliatrice marginée.

A 3 ans elle est examinée par M. le Dr Poulard qui diagnos-



A gauche, Madeleine D... Obs. III, Fig. 1 et 1 *bis* (d'après photographie).

En haut, à droite, Andrée F... Obs. IV, Fig. 2 (d'après nature).

En bas, à droite, Maria V... Obs. VIII, Fig. 3. (*Archivos Latino-Americanos de Pédatria*).

tique une kératite interstitielle d'un type un peu anormal.
Elle est mise au traitement arsenical.

Le 26 mars 1924. — A 3 ans, elle est examinée par le professeur Marfan.

E. A. (26 mars 24) :

Poids 10 kg. 800.

Taille : 0 m. 92.

L'enfant souffre toujours, marche mal, se fait porter.

Marche en frottant ses genoux, équinisme et varus.

Etat général médiocre.

Pas de modifications de la peau.

Pas de troubles dentaires.

Réflexes rotuliens exagérés.

Foie et rate normaux.

Pas d'adénopathie.

Description de la maladie. :

déformations caractéristiques aux extrémités et symétriques : genoux, pieds, coudes, poignets sont augmentés de volume, douloureux, non ankylosés.

Les mains sont prises également, leur attitude est typique (les doigts sont à peu près ankylosés en demi-flexion), attitude à laquelle M. Vallery-Radot donne le nom « d'attitude de pianiste ».

Cuti-réaction : négative.

Wassermann négatif dans le sang et le céphalo-rachidien.

Benjoin colloïdal positif dans la zone syphilitique.

Radiographie. — Elargissement des surfaces osseuses voisines de l'articulation surtout aux genoux, mais aussi aux petites articulations des doigts et orteils.

Décalcification des épiphyses et des phalanges.

Signes de l'os bordé aux genoux et aux poignets (ligne épaisse bordant l'extrémité inférieure de la diaphyse. Décalcification des épiphyses et des phalanges.

Traitement. — Quinio-bismuth intramusculaire bi-hebdomadaire. Extrait thyroïdien.

Au bout de 2 mois, l'enfant était très améliorée pouvant marcher et courir sans éprouver de douleurs.

Obs. IV (voir fig. 2, p. 34). — (*Observation personnelle*, Hospice des Enfants Assistés. Service de M. le Pr MARFAN).

Andrée F..., 11 ans 1/2, est amenée, pour un rhumatisme chronique déformant, développé depuis 2 ans 1/2 (voir radiographies).

A. H. : Antécédents paternels probables.

A. C. : Une sœur de 5 ans est bien portante, mais présente une glossite exfoliatrice marginée.

A. P. : Enfance normale. Rougeole à 27 mois.

H. M. : Brusquement, dans la nuit, à l'âge de 8 ans, l'enfant fut prise de douleurs dans les bras et les jambes.

Température de 38,5 à 38,9 pendant 2 jours. Soignée pour rhumatisme articulaire aigu.

Pendant 8 jours les genoux, les chevilles, les poignets sont gonflés et douloureux.

Au bout de 8 jours le gonflement disparaît, mais on remarque que, petit à petit, les doigts se déforment.

A 9 ans 1/2 (un an 1/2 après le début de sa maladie). — Les genoux se prennent.

A 10 ans 1/2. — Les coudes et récemment la tibio-tarsienne droite : l'enfant subit un traitement thyroïdien, le séjour au bord de la mer et prit du sirop iodotannique sans grand résultat : les genoux ont diminué de volume, mais les autres articulations sont restées gonflées.

Depuis 2 ans 1/2 les doigts ne peuvent être étendus.

E. A. : Rhumatisme polyarticulaire déformant typique au niveau des coudes surtout à gauche, des poignets (points douloureux au niveau de la styloïde cubitale dr.) doigts en 1/2 flexion. Extension impossible.

Les mouvements des poignets sont également très limités : l'extension ne peut guère dépasser l'horizontale. La flexion est limitée avant l'angle droit.



Coude normal, fillette de 12 ans



Andrée F... 11 ans 1/2. Coude gauche

La tibio-tarsienne droite est le siège d'un empâtement diffus. Cou-de-pied déformé et douloureux. Affaissement de la voûte plantaire:



Andrée F... Main gauche

Le petit orteil est relevé et chevauche le 4^e. Mouvements du pied très limités à droite, très peu à gauche.
La marche est difficile.

Au niveau des genoux on trouve seulement à gauche une limitation de la flexion, des craquement articulaires.

Atrophie musculaire importante des bras, avant-bras et jambes.

Etat général médiocre.

Rien au cœur, ni aux poumons.

Rien du côté des yeux.

Foie et rate normaux.

Végétations adénoïdes.

Micropolyadénopathie. Pas de ganglions sus-épitrochléens.

Les incisives médianes supérieures ont des axes qui convergent vers leur bord libre, mais n'ont pas les caractères de la dent d'Hutchinson typique.

Cuti-réaction négative.

Wassermann et Hecht positifs (27 mai 1925).

Mise au traitement bismuthique. — Quinby, 1/2 à 1 cm³ 2 fois par semaine (18 mai au 29 juillet) puis au sulfoïdal pendant 3 semaines et à l'iodalose et bains sulfureux pendant 3 semaines également.

Le 10 octobre 1925. — L'état général est encore médiocre. Aucun gonflement au niveau des genoux et des tibio-tarsiennes. Il persiste encore du gonflement des articulations des doigts avec ankylose (1^{re} et 2^e phalanges) L'ankylose des coudes a beaucoup diminué.

Radiographie (mai 1925). — 1^o Gonflement « en champignon » des extrémités diaphysaires ;

2^o Décalcification (doigts, coudes, chevilles) ;

3^o L'interligne articulaire a disparu au niveau du coude ;

4^o Aux tibio-tarsiennes : aspect flou des interlignes articulaires.

Obs V. — (In *Thèse de Mme Geismar*, Paris, 1922).

René B... Nous publions cette observation à titre documentaire bien qu'il s'agisse d'un rhumatisme oligo-articulaire à forme d'hydarthrose et non d'un rhumatisme poly-articu-

laire chronique déformant, ce cas étant particulièrement intéressant par le résultat incontestable du traitement antisypilitique.

A. H. : Père mort de paralysie générale à 30 ans, 2 ans après la naissance de l'enfant.

A. P. : L'enfant subit un traitement préventif à l'hectargyre.

H. M. : L'enfant avait 11 ans lorsqu'on s'est aperçu que le genou droit était augmenté de volume mais non douloureux.

Examiné par le Dr Lamy des Enfants Assistés, il est mis au traitement antisypilitique.

Le 24 oct. 1921. — 3 mois après le début, après 27 injections de biiodure de Hg, l'hydarthrose a disparu. Résultat fonctionnel parfait.

Le 12 déc. 21. — Réapparition de l'hydarthrose après cessation du traitement. Quelques douleurs.

Le 1^{er} février 1922. — Récupération des mouvements. Synoviale un peu douloureuse.

2 avril. — Excellent état.

Mai 22. — Réapparition de l'hydarthrose à la suite d'une diphtérie. Cuti-réaction négative.

Wassermann positif dans le sang et le liquide articulaire qui a une formule lymphocytaire. Inoculation de ce liquide au cobaye : négative.

A la suite du traitement le résultat est excellent. Les mouvements articulaires ont repris toute leur amplitude.

Obs. VI. — (Publié dans la thèse de M^{me} GEISMAR, Paris 1922).

Enfant Z..., né à terme le 6 janvier 1913.

A. H. : Nourri au sein par nourrice mercenaire.

Syphilis paternelle avérée.

Grand-mère maternelle et tante atteintes de goitre basedowifié.

H. M. : La maladie remonte à l'âge de 2 ans, et a débuté

par les genoux : douleurs, déformations, léger épanchement, pas de température.

En quelques mois : les tibiotarsiennes, le coude droit, le poignet droit se prirent, les rétractions tendineuses, l'atrophie musculaire firent leur apparition.

L'enfant fut soigné pour un rhumatisme par l'héliothérapie à Leysin.

Les genoux sont de plus en plus fléchis, une tumeur dorsale du tarse bilatérale se forme. Une cure à Aix-les-Bains est mal supportée.

Pas de lésion cardiaque. Bon état général. Pas de température. Pas de lésion pulmonaire.

On commence un traitement d'iodaseptine intraveineuse qu'on doit cesser à cause de l'ankylose des coudes qui rend presque inaccessibles les veines.

En décembre 1920. — Il est vu par M. le Pr Marfan et le Dr Hallez :

On remarque en dehors des déformations articulaires du *dysmorphisme dentaire* avec érosion du bord libre des incisives sans Hutchinson typique. Le traitement suivant est proposé :

1^e Pendant 10 jours consécutifs : traitement thyroïdien et adrénaline.

2^e Les 10 jours suivants une potion à l'arséniate de soude iode et KI.

On pratique un massage doux et une mobilisation passive des articulations, on fait prendre des bains sulfureux.

Les déformations ne rétrocedent pas, mais les mouvements provoqués gagnent en amplitude.

En juin 1921. — Apparaissent des *troubles oculaires*, l'enfant est examiné par M. Poulard qui constate une *iritis double* qui s'est insidieusement développée.

La vue est réduite à 1/4 à droite, des 2/3 à gauche et cette lésion est reconnue d'origine manifestement syphilitique.

On institue le traitement mercuriel par des frictions au niveau des articulations malades,

L'enfant est envoyé à Bourbonne-les-Bains et en même temps il subit le traitement suivant :

10 jours de frictions mercurielles ;

10 jours de potion au biodurate de Hg., et Kl. ;

10 jours de traitement thyroïdien.

Il y a une légère amélioration avec sédation des douleurs.

D'octobre 1921 à mars 1922. — L'enfant a reçu 15 injections de benzoate de Hg. intraveineux.

En mars 1922. — Il est revu par le Dr Hallez et le Pr Lereboullet.

On prescrit un traitement thyroïdien alterné avec un traitement au sulfydrargyre.

Les résultats furent appréciables, l'enfant put marcher avec des béquilles. L'amplitude des mouvements était nettement augmentée aux genoux et aux tibiotarsiennes.

En mai 1922. — Nouvelle fluxion articulaire du poignet et du coude gauche, recrudescence de l'*iridocyclite*. On refait un traitement spécifique plus intense par :

Le benzoate de Hg. 1 série ;

L'arsénobenzol en suppositoires.

L'enfant quitte Paris à cette époque et est perdu de vue.

Examen radioscopique. — (Dr Delherme, radiographe des Hôpitaux) montre :

1° *Genoux.* — Décalcification générale des épiphyses qui donnent une image un peu floue dont les contours sont irréguliers. Sub-luxations.

Diminution appréciable de l'espace interarticulaire sans soudure.

2° *Poignet droit.* — Décalcification marquée, diminution des espaces interarticulaires, pas d'ankylose osseuse.

3° *Coude droit.* — Décalcification. Pas d'ankylose.

4° *Coude gauche.* — Espace interarticulaire très peu visible, cependant on ne peut affirmer l'ankylose.

Obs. VII (de VII à XIII). — Cette observation et les 6 suivantes sont extraites des *Archivos Latino-Americanos de Pédia-tria*, de février 1925.

V..., garçon de 15 ans.

H. M. : Début de maladie datant de 8 mois par douleur et gonflement.

E. A. : *Examen*. — Micropolyadénie. Hanche droite atteinte simulant une coxalgie à la 2^e période. Atrophie musculaire très accentuée. Mouvements limités : hanche, genoux, pied gauche non douloureux, mais le droit est douloureux. Mem-bre supérieur droit : épaule et coude peu douloureux. Aug-mentation de volume du carpe.

Peu de douleurs articulaires métacarpophalangiennes mais atrophie des interosseux.

Wassermann légèrement positif. — Les symptômes ont ré-trocédé en un an de séjour à l'hôpital.

Obs. VIII. — Maria V..., 8 ans (voir fig. 3, p. 34).

A. C. : Un *enfant mort-né*.

1 avortement.

H. M. : Début insidieux depuis 4 ans par déformation des coudes, des mains et plus tard des pieds.

E. A. : Atrophie musculaire, déformations osseuses, alté-rations ostéo-articulaires des coudes, genoux, mains et pieds.

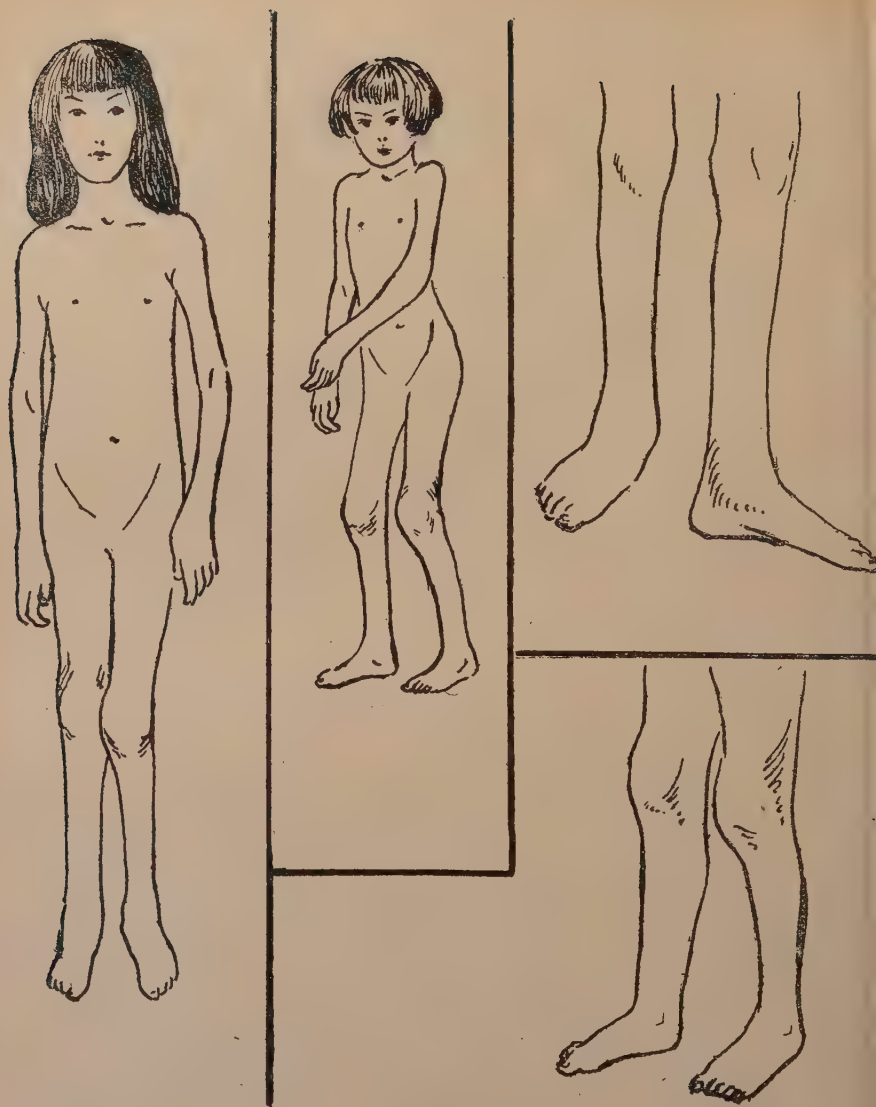
Sur les radiographies : décalcification, ankyloses, altéra-tions périostiques.

Réaction à la tuberculine négative.

Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien fran-chement positive.

Traitement mercuriel, iode, arsenic.

Amélioration.



A gauche, Elena... M., Obs. IX, Fig. 4.

Au milieu, Célia A... Obs. XI, Fig. 5.

En haut, à droite, Luisa G... Obs. X, Fig. 6.

En bas, à droite, Joaquin B... Obs. XII, Fig. 7.

(Ces figures sont reproduites d'après des photographies des *Archivos Latino-Americanos de Pediatría*, Février 1925).

Obs. IX. — Elena M..., 14 ans (voir fig. 4, p. 44).

H. M. : Début depuis 2 ans 1/2 par douleurs et gonflement des articulations des mains et des pieds.

A. C. : Une fausse couche. — Un enfant mort deux heures après sa naissance, un autre mort d'hémorragie ombilicale.

E. A. : Rhumatisme déformant, bien typique touchant presque toutes les articulations.

Atrophie musculaire très accentuée.

Réaction de Mantoux positive.

Wassermann positif.

Radio : lésions avancées, ankylosantes, nombreux foyers de décalcification osseuse.

Traitement mixte. — Hg., iode, arsenic, opothérapie pluri-glandulaire.

Amélioration de l'état général, poussée pubère, diminution des douleurs articulaires.

Obs. X. — Luisa G..., 12 ans (voir fig. 6, p. 44).

A. H. : Père rhumatisant.

A. C. : Sœur épileptique.

H. M. : Début depuis 3 mois par difficultés à la marche et gonflement des articulations des chevilles et des pieds, cicatrices suspectes de syphilis.

Tuberculose pulmonaire.

Wassermann dans le sang franchement *positif*.

Traitement : Hg. Iode, diminution des tuméfactions, de la douleur.

Sort complètement guérie.

Obs. XI — Celia A..., 8 ans (voir fig. 5, p. 44).

A. C., fausse couche, un enfant mort peu d'heures après la naissance.

H. M. : Début depuis 1 an 1/2 par douleur et gonflement des articulations avec fièvre élevée.

Bien plus tard apparurent les déformations des mains.

E. A. : Rhumatisme polyarticulaire intéressant presque toutes les articulations. Polyadénie en rapport avec les articulations malades.

Cuti-réaction plusieurs fois négative. Wassermann plusieurs fois positif.

Périodes fébriles passagères.

Signes d'hypothyroïdisme.

Traitement mercuriel et thyroïdien. Amélioration de l'état général, sans action sur les lésions articulaires.

La radio a montré des lésions destructives, ankylosantes et de la décalcification.

Obs. XII. — *Severina V...*, 12 ans.

H. M. : Début de la maladie depuis 1 an (à 11 ans), par douleurs et gonflement des articulations des mains, pieds, genoux et coudes.

E. A. : Rhumatisme chronique déformant polyarticulaire. Lésions destructives *ankylosantes et de décalcification*. Au niveau des mains, les lésions disparaissent de temps en temps. *Cuti-réaction* plusieurs fois négative. *Wassermann positif* à plusieurs reprises.

Traitement spécifique : amélioration de l'état général, mais état stationnaire des lésions articulaires.

Obs. XIII. — *Joaquin B...*, 4 ans 1/2 (voir fig. 7, p. 44).

A. C. : Une fausse couche et un mort-né.

H. M. : Début quand l'enfant commença à marcher, par les hanches et les genoux puis les tibio-tarsiennes, fut traité par le mercure par voie buccale et l'héliothérapie sans obtenir grand résultat.

E. A. : Hydarthrose des 2 genoux. Gonflement des chevilles et des pieds. *Cuti-réaction* deux fois négative.

Wassermann négatif dans le sang et le liquide articulaire.

Wassermann négatif aussi chez les parents et des frères jumeaux.

Inoculation au cobaye du liquide articulaire, négative.

L'enfant fut mis au traitement anti-spécifique par l'arsénobenzol, et le bismuth de novembre 1912 à septembre 1913, sans grand résultat. Puis il prit de l'iodure de potassium, de l'extrait thyroïdien.

En août 1924, on pouvait constater *une très nette amélioration* : Les genoux avaient diminué de volume.

L'enfant n'éprouvait plus de douleurs et n'a pas présenté d'autres phénomènes. On continue le traitement.

Obs. XIV (citée in *Thèse Laplane*, Montpellier 1921). (Trèves, *Société de Pédiatrie*, 21 octobre 1919).

« Fille de 10 ans, qui depuis l'âge de 2 ans a présenté une série d'arthropathies récidivantes qui ont fait parler de rhumatisme tuberculeux et de tumeurs blanches.

Pirquet et Wassermann négatifs. Des injections de Bi-iodure de Hg ont été inefficaces.

En 1918, des injections intra-veineuses de néosalvarsan ont produit un *résultat merveilleux*. L'auteur ajoute : « Faut-il ad- » mettre une hérédosyphilis, malgré l'absence d'antécédents, » de stigmates, le Wassermann négatif ? »

« .. En tous cas il faut compter de plus en plus avec l'intervention de la syphilis dans les ostéo-arthropathies chroniques de l'enfance ».

Obs. XV. — Hutinel 1918. Citée in *Thèse Laplane*. Montpellier 1921.

RÉSUMÉ :

Enfant de 7 ans, dégénéré, arrivé à un véritable état de cachexie.

Atrophie musculaire considérable accentuant des déformations articulaires, altérations *dentaires*.

Langue fissurée, peau sèche, écailleuse. Polyurie sans glycosurie ni albuminurie. Foie gros et sensible.

Cuti-réaction négative.

Réaction de Wassermann négative d'abord, puis *fortement positive* après quelques frictions mercurielles.

Sur les radiographies les os apparaissent élargis, presque transparents, décalcifiés.

Traitement par le benzoate de mercure et des extraits glandulaires. Deux mois après l'enfant est *notablement amélioré* mais non guéri.

Obs. XVI. — Ol Cozzolino (*La Pédiatria*, n° 6, juin 1913).
In Thèse Laplane, Montpellier, 1921.

Fille de 7 ans, là 14^e sur 19 enfants.

A. C. : 5 enfants vivants seulement sur 19, fausse couche gémellaire.

A. H. : Père rhumatisant.

A. P. : Nourrie au sein par nourrice mercenaire jusqu'à 10 mois. Troubles digestifs après sevrage. A 1 an : eczéma des lèvres.

H. M. : A 3 ans : Apparition du rhumatisme, douleurs articulaires d'abord aux extrémités.

E. A : Mauvaise nutrition, raideurs articulaires gênant la marche, atrophie musculaire.

Nodosités phalangiennes à droite et un peu à gauche. Limitation des mouvements des doigts. Aux membres inférieurs, atteinte des genoux.

Atteinte des articulations vertébrales.

Ganglions cervicaux, inguinaux.

Cuti-réaction positive.

Wassermann positif.

Rien au cœur, aux poumons.

Urines normales.

Radio : os indemnes.

Il n'est pas parlé du traitement.

Obs. XVII. — Donald Hingston. (*Archives of Pediatrics*, juin 1909). In *Thèse Laplane*, Montpellier, 1921.

Garçon canadien né en 1903.

A. C. : D'une famille de 12 enfants.

6 frères et sœurs morts en bas-âge.

A. M. : Début de la maladie à l'âge de 3 ans par des douleurs nocturnes au niveau du genou gauche qui augmente de volume et rougit. Dans la journée les douleurs s'amendent, état stationnaire pendant 6 mois.

A la suite d'une diphtérie : aggravation, genoux en flexion, atteinte des cous-de-pieds, puis des coudes, poignets, mains, doigts.

En octobre 1907 à 4 ans : genoux et coude droits sont ankylosés en flexion, limitation des mouvements aux poignets, coude gauche, cous-de-pieds, gonflement sans douleur aux poignets, cous de-pieds et doigts. Polyadénie.

Radio. — Infiltration des parties molles. Pas de lésions osseuses.

Traitement : arsenic, massage, cure d'air, amélioration.

Ni la cuti-réaction, ni le Wassermann ne sont mentionnés, mais étant donné la polyléthalité infantile et l'action du traitement on peut nettement suspecter l'hérédosyphilis.

Obs. XVIII. — APPERT BORAC et ROUSSEAU. *Société de Dermatologie et Syphyligraphie*, 2 juillet 1908. In *thèse Laplane*, Montpellier, 1921.

RÉSUMÉ :

Fille de 12 ans, amenée pour ankylose progressive des 4 membres.

Rien à signaler dans les antécédents.

A. M. : A 11 ans (octobre 1905) début de la maladie par des douleurs qui ont occupé successivement :

le coude, les genoux, les épaules, les chevilles, les doigts, les orteils, avec tuméfactions, rougeur, fièvre, pendant 4 mois. Erythème généralisé.

Traitement par le salicylate sans succès. Puis amélioration passagère en 1908 et les phénomènes articulaires réapparaissent, ankylose progressive.

E A : A l'examen : atrophie musculaire, limitation des mouvements, rétractions tendineuses, douleurs, sclérodémie diffuse.

Incontinence nocturne d'urines. Rate perceptible sur 6 cm. sur la ligne axillaire. *Ganglions* axillaires et inguinaux.

Cuti-réaction négative.

Ponction lombaire : pas d'éléments figurés.

M. A. Fournier fait remarquer des déformations crâniennes, une hyperostose frontale et un développement excessif des veines du front pouvant faire penser à la syphilis.

Obs. XIX. — (*In thèse Maillard, Nancy, 1907.*)

Garçon 11 ans 1/2 (en 1906).

A. H. : Hérédosyphilitique.

A. C. : 1 mort né, 1 rachitique, 1 prématuré à 7 mois.

A. P. : A présenté des lésions oculaires pour lesquelles il fut soigné par des piqûres, des frictions et une potion à l'iode.

H. M. : La maladie a débuté à 9 ans 1/2 aux genoux puis s'est généralisée.

E. A. : Lésions oculaires (sans diagnostic) malformations dentaires spécifiques. Incurvation du tibia droit en avant. Rate et foie normaux.

Pas d'autres renseignements : ni sur la cuti-réaction, ni sur le Wassermann, ni sur le traitement et son résultat.

Obs. XX. — Malade présenté par le *Pr HAUSHALTER*, de Nancy, à la *Société de médecine de Nancy*, le 14 février 1906.

In thèse, Maillard, Nancy 1907.

Pierre R., 28 mois.

A. H. : Père rhumatisant. Antécédents spécifiques certains. La mère a présenté 3 ans avant la naissance de l'enfant

un chancre de la lèvre et une *roséole* l'année suivante, (2 ans avant la naissance du petit malade).

Après l'accouchement elle présente des plaques muqueuses, (traitée pendant 3 à 6 mois par huile grise et frictions) puis des syphilides ano-vulvaires.

A. P. : à 15 jours : pemphigus.

A 20 mois. — Convulsions à la suite desquelles la jambe et le bras gauches seraient restés paralysés.

H. M. : Le rhumatisme est apparu peu après. L'enfant a subi environ 90 frictions.

E. A. : Quand on l'amène : douleurs au niveau des membres.

Rhumatisme polyarticulaire des doigts, des poignets, du genou gauche. Rétractions tendineuses. Pas de ganglions.

Kératite parenchymateuse et légère iritis aux deux yeux.

Radio. — Epaissement des épiphyses inférieures et supérieures du tibia et du péroné.

Traitement. — 20 injections de bi-iodure. Résultat peu marqué, *amélioration légère de la motilité*, atténuation de la douleur provoquée.

Obs. XXI. — *In thèse Danjou*, Paris 1887.

Auguste S..., 13 ans

A. H. : Père mort à 37 ans d'un anévrisme de l'aorte (?).

Mère atteinte de glossite scléro-gommeuse soignée avec sirop de Gibert.

A. M. : La maladie débuta à 11 ans par de la douleur et du gonflement, l'enfant fut gardé 6 mois au lit pour ces accidents, recommence à marcher, mais les genoux enflèrent à nouveau.

Il y a 3 mois le coude droit fut atteint à son tour : douleurs vives et continues puis limitation des mouvements, perte de l'extension, limitation de la flexion à l'angle droit. Atrophie musculaire des bras.

E. A. : Tuméfaction considérable du coude droit, atteinte de l'épaule gauche.

Hyperostose de l'extrémité supérieure du tibia à droite et surtout à gauche. Epaissement fusiforme du 1/3 inférieur du fémur gauche, mouvements du genou gauche conservés. Pas d'hydarthrose.

Stigmata d'Hérédosyphilis. — Asymétrie crânienne, dents irrégulièrement implantées. Incisives crénelées sur leur bord libre. Molaires en partie cariées.

On met l'enfant au traitement spécifique par l'iodure de potassium et des injections de calomel.

En moins de 8 jours : amélioration. — Les hyperostoses ont diminué, les coudes ont presque récupéré leurs mouvements au bout de 15 jours de traitement.

Obs. XXII. — *Gazette des Hôpitaux*, 21 Avril 1903, p. 465. « le Rhumatisme chronique chez l'enfant » par M. MÉRY, Professeur agrégé à la *Faculté de médecine de Paris*.

Il s'agit d'une fillette de 7 ans entrée pour troubles très graves du côté des yeux survenus au cours de manifestations rhumatismales et qui ont abouti à la perte à peu près complète de la vision.

A. P. : Rachitisme

Scoliose découverte à 5 ans.

H. M. : La maladie actuelle a débuté il y a un an (à 6 ans) par un gonflement progressif des doigts des 2 mains, gonflement évoluant sans douleur ni rougeur ni température.

Il y a 7 mois ont apparu des lésions oculaires :

Taches sur l'œil gauche : iritis, puis cataracte complète.

Rien à l'œil droit d'abord, puis celui-ci se prend à son tour subitement, cet œil présentait de la *choriorétinite* et une hémorragie du corps vitré.

E. A. : Les lésions articulaires consistent en déformation des doigts en « radis » plus accentuée à droite qu'à gauche.

Inclinaison latérale des doigts.

Ankylose des articulations phalango-phalangiennes.

Craquements au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Rien du côté des grandes articulations, ni du côté des orteils.

Gonflement de l'extrémité inférieure du radius gauche.

Radio. — Hyperostose de l'extrémité inférieure de la 1^{re} phalange du médius droit ; radius : courbure anormale.

Examen général. — Rien aux poumons, rien au cœur, ni grosse rate, ni adénopathie.

Examen oculaire. — Fait par le Dr Roche et le Dr Morax, qui pense que les lésions oculaires doivent plutôt être nées sous la dépendance de la Σ héréditaire que du rhumatisme.

L'enfant a été mise au traitement spécifique par le bichlorure de Hg. (0,004 milligr. par jour).

Au bout de 9 injections il n'y avait pas encore de résultat aussi bien au point de vue oculaire qu'articulaire.

Il faut remarquer que cette observation date de 1903 et qu'à cette époque on n'avait pas de moyens thérapeutiques aussi puissants qu'aujourd'hui.

Les observations XXIII, XXIV et XXV ont été présentées à la société de dermatologie et syphiligraphie le 5 déc. 1901 par M. E. Fournier sous le titre suivant :

« Au rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'Hérédosyphilis.

Obs. XXIII. — Jeune fille de 16 ans présentant un type d'arthropathies et de déformations classiques du rhumatisme chronique déformant :

1^o Déformation des mains (type de flexion de Charcot).

2^o Atrophie musculaire qui, avec les arthropathies entraîne l'impotence fonctionnelle.

3^o Déformation des orteils : déjetés et chevauchant l'un sur l'autre,

4^o Tuméfaction et déformation de plusieurs grosses articulations : poignet, genoux,

Douleurs surtout nocturnes au niveau des articulations malades et aussi des épaules.

A. C. : 9 frères et sœurs morts en bas âge.

H. M. : La maladie a débuté à l'âge de 8 ans environ.

Dès cette époque et depuis lors d'une « façon presque permanente la malade a souffert au niveau des genoux, des épaules, et des mains. Depuis 8 ans la malade n'a eu qu'une seule période de rémission durant quelques mois d'été ».

Elle a subi mais sans amélioration divers traitements.

Examen. — Hypotrophie, taille 1 m. 41. Type infantile malgré l'âge : 16 ans ; développement intellectuel rudimentaire, cicatrices sur le corps d'origine indéterminée. *Stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires* très suspects de Σ .

A présenté dernièrement sous nos yeux à la jambe gauche une gomme syphilitique typique, guérie rapidement sous l'influence du traitement ioduré.

Il nous paraît intéressant de reproduire ici les conclusions de M. E. Fournier.

« L'âge de la malade, la présence de cette lésion gommeuse à la jambe, l'absence de toute notion de Σ acquise. Cet ensemble si caractéristique de la poly-mortalité de ses frères et sœurs et des stigmates dystrophiques si accusés qu'elle porte elle-même ne peuvent... laisser de doute sur l'origine héréditaire de cette malade. Est-il possible d'attribuer à la même cause toutes les arthropathies qu'elle présente et de considérer dans ce cas la Σ héréditaire comme l'étiologie possible du rhumatisme chronique déformant.

Obs. XXIV. — M. E. FOURNIER : *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 5 déc. 1901.

Wal... 15 ans.

A. H. : Le père présentait des stigmates d'hérédité Σ et le grand père avait été soigné pour une syphilis acquise.

A. C. : Une sœur du malade a présenté plusieurs gommes

syphilitiques du sein, lésions qui ont guéri sous l'influence du traitement spécifique.

H. M. : La maladie a débuté dans la plus tendre enfance puisque M. E. Fournier le dit atteint d'un rhumatisme déformant congénital.

E. A. : Rhumatisme déformant caractéristique des mains, stigmates d'hérédo-syphilis type infantile, taille très insuffisante, dégénéré physiquement mais non intellectuellement.

Obs. XXV. — M. E. FOURNIER : *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 5 déc. 1901.

Il s'agit d'un rhumatisme chronique déformant chez une adulte hérédo-syphilitique, mais dont le début de la maladie remonte à l'âge de 14 ans.

J. T.... 24 ans.

A. R. : D'une famille de 21 enfants (2 lits, pères décédés).

14 enfants morts en bas âge. 7 survivent, dont deux, autres que la malade ont été examinés :

L'une avait eu, à 13 ans, une gomme du palais et du pharynx, une périostite-labiale ; à 21 ans : syphilide ulcéro-gommeuse de la face, de nombreuses gommes, dysmorphisme dentaire.

L'autre, un frère, a été opéré, à 22 ans, d'une cataracte congénitale de l'œil droit et vient d'être atteint d'une kératite rendant opaque presque toute la cornée de l'œil gauche.

A. P. : Hystérie,

Dents en « gâteau de miel et en clou de girofle ».

Pupilles larges ne réagissant pas à la lumière.

Pupille grisâtre, teinte ardoisée péripapillaire, atrophies diffuses, pigmentaire de la chorio-rétine.

H. M. : Début de la maladie à 14 ans. Par les petites articulations. Envahissement centripète symétrique et progressif, intéressant successivement les mains, les poignets, les coudes, les cou-de-pieds, les genoux et en dernier lieu

les épaules et la hanche, atrophie musculaire, ankyloses, douleurs.

Obs XXVI. — Présentée par MONCORVO en 1900 (*Bulletin de l'Académie*) in *Thèse Liénard*, Lille 1905. Il s'agit d'un garçon de 5 mois.

A. H. : Mère rhumatisante.

Père aurait présenté 1 an 1/2 avant la naissance une éruption spécifique suivie de douleurs osseuses ; alcoolique.

A. P. : Enfant né à terme, débilité congénitale, nourri au sein.

Rhagades autour des narines.

Efflorescence vésiculaire couvrant l'hypogastre et la face interne des cuisses et qui disparut au bout de 4 mois (pemphigus ?).

Peu après : gommages de chaque côté du cou grosses comme un œuf de poule.

Adénopathie cervicale et inguinale. Accès de température quotidien (38°). Vomissements, diarrhée depuis 2 jours.

Rate grosse.

H. M. : Déformation de plusieurs doigts des deux mains datant de 2 mois.

L'enfant est d'abord soigné pour du paludisme (?).

Le rhumatisme gagne d'autres articulations des mains. L'enfant subit alors un traitement anti Σ , mais sort trop tôt pour qu'on juge du résultat.

Obs. XXVII. — Cette observation a été présentée à la *Société de Pédiatrie* par le Pr MÉRY et Mme GÉNIN. In *thèse*, Mme Geismar, Paris, 1922.

Enfant dont les accidents ont commencé à 6 ans : coudes, poignets, genoux.

Épanchement abondant aux genoux. *Choriorétinite*.

Wassermann positif.

Cuti-réaction négative.

Amélioration relative à la suite du traitement.

Nous avons également trouvé un grand nombre d'observations de rhumatisme chronique déformant survenu *tardivement* chez des hérédosyphilitiques.

La plupart de ces observations ont été publiées par le Dr H. Dufour dans le *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux* et citées dans la thèse de Mme Geismar (Paris, 1922).

MM. A. Gilbert, Béard et Fatou ont publié un cas de poly-arthrite hérédosyphilitique tardive chez un malade de 21 ans (14 déc. 1923) que nous avons observé nous-même à l'Hôtel Dieu où nous étions externe à cette époque.

MM. Harvier et Decourt ont publié deux observations de rhumatisme chronique déformant chez 2 femmes hérédo Σ (30 nov. 1923).

Nous ne reproduirons pas ces observations puisqu'elles sortent du cadre de notre thèse.

V. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après les résultats fournis par les autopsies, il semble que les lésions provoquées par la syphilis au niveau des articulations malades soient multiples : altérations osseuses, cartilagineuses, synoviales, ligamenteuses : tout peut être touché par la syphilis. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il est difficile d'assigner à la syphilis articulaire une signature anatomique spéciale.

M. Fournier attachait à la déformation épiphysaire, sorte de végétation ostéophytique de l'épiphyse, une importance toute spéciale.

Tout récemment M. Dufour, qui a pu dans plusieurs cas, pratiquer l'étude anatomique des articulations malades et même rechercher, sans succès d'ailleurs, le spirochète dans la synoviale articulaire, apporte les conclusions suivantes :

Je ne crois pas qu'il faille trop limiter le cadre de ce rhumatisme. Il est des formes surtout synoviales, à poussées successives très déformantes sans grande participation du système osseux, tout au moins pendant des années. Il y a des formes ostéophytiques,

Point n'est besoin de vouloir créer un type nosologique portant à lui seul le cachet de la poly-arthrite déformante syphilitique.

Plus loin, il ajoute : *Nous avons conclu à l'existence d'une ostéite articulaire plus atrophiante qu'hyperostotante. Cependant les deux formes se réunissant dans quelques cas, on est frappé souvent du défaut de correspondance existant entre l'intensité des déformations et le degré des lésions osseuses.*

Ce sont, plus les modifications des tissus périarticulaires que les altérations des os qui conditionnent ces déformations. Les vraies ankyloses même partielles sont rares. La décalcification est la règle au bout d'un certain temps.

Pour nous, n'ayant pas eu l'occasion de pratiquer d'autopsies, mais par contre d'observer plusieurs radiographies assez nettes, dans des cas suffisamment précoces, nous avons l'impression que les lésions osseuses sont extrêmement fréquentes et contemporaines du début de la maladie. Ce sont elles, bien visibles sur de bons clichés radiographiques, qui expliquent souvent l'ankylose articulaire très précoce.

L'atteinte des tissus périarticulaires existe également et intervient dans la production de l'ankylose, mais son action nous paraît très secondaire et certainement consécutive aux altérations osseuses.

Cette distinction nous semble importante au point de vue du traitement, car plus celui-ci est précoce plus il a de chances d'être efficace : la médication antisypilitique

nous a paru nettement plus active lorsque les lésions osseuses sont encore seules en cause.

Si l'on attend trop tard, le tissu fibreux périarticulaire est envahi par la sclérose sur laquelle la médication antisyphilitique n'a aucune prise.

VI. — PATHOGÉNIE

Les théories les plus généralement admises font dépendre le rhumatisme chronique déformant *d'infections* ou *d'intoxications chroniques*.

La symétrie et la marche des lésions ont aussi fait intervenir un *facteur trophonévrotique*.

Depuis quelques années, l'étude des glandes endocrines a orienté les recherches de ce côté, en ce qui concerne le rhumatisme en général et le rhumatisme chronique déformant en particulier.

Revilliod, de Lausanne (1895), émet le premier le rôle du corps thyroïde dans le rhumatisme et préconise le traitement par l'extrait thyroïdien.

En effet, on retrouve souvent chez les rhumatisants des signes d'hypofonctionnement thyroïdien :

Sensation de froid, diminution de la sécrétion sudorale, altération des téguments (peau sèche, infiltrée) altération des ongles, des poils. Hypoazoturie. Les cas de rhumatisme thyroïdien sont signalés par Lancereaux et Paulesco, Hertoghe, Claisse et Viela.

Dans un traité de médecine classique, récemment paru (*Traité de Pathologie Médicale et de thérapeutique appliquée*. Sergent-Ribadeau-Dumas et Babonneix, *Pédiatrie*, tome II, p. 856). Nous trouvons cette phrase :

Ces infections (tuberculose et syphilis) n'agissent pas toujours directement mais souvent par l'action qu'elles exercent sur les glandes à sécrétion sanguine, la thyroïde en particulier. Cette action est particulièrement fréquente chez les hérédosyphilitiques.

En effet, la tuberculose, infection chronique si souvent invoquée, et la syphilis, sont susceptibles de léser le corps thyroïde.

Tout récemment paraissait dans le *Monde Médical* (1^{er} juillet 1925) un article de M. le P^r Sergent, intitulé : *Corps thyroïde et rhumatisme* où il montrait que le corps thyroïde était touché dans de nombreux cas de rhumatisme aigu ou chronique :

Il n'est pas possible de dire que tout rhumatisme est lié à un état d'hypothyroïdie ou d'anathyroïdie, il est simplement avéré que, dans certains cas, le rhumatisme chronique peut avoir une origine thyroïdienne.

Nous avons vu le grand nombre de sujets *hérédosyphilitiques* qui étaient atteints de rhumatisme poly-articulaire déformant. Il faut bien convenir qu'il y a plus qu'une coïncidence, et que le terrain spécifique joue là certainement un rôle.

En quoi consiste ce rôle exactement ? La question est bien complexe.

Nous savons quelles modifications profondes l'hérédosyphilis peut imprimer à un organisme qu'elle attaque *in utero*, en plein développement.

L'infection spécifique peut donc troubler le fonctionnement des glandes endocrines, du corps thyroïde en particulier.

Quant à déterminer par quel mécanisme intime le corps thyroïde entraîne des lésions articulaires, ceci est encore bien obscur et les solutions que l'on pourrait proposer ne seraient que des hypothèses.

VII. — DIAGNOSTIC

A côté du rhumatisme articulaire aigu si commun chez les jeunes enfants, le rhumatisme polyarticulaire chronique déformant paraît évidemment une rareté. Celle-ci, cependant, est plus apparente que réelle, car tout médecin, au cours de sa carrière, sera certainement appelé à en observer plusieurs cas. Habitué à l'observer chez le vieillard, il ne devra pas pour cela en nier l'existence chez l'enfant. Chose curieuse, alors que le rhumatisme articulaire aigu ne s'observe jamais chez le nourrisson, la forme chronique déformante commence quelquefois dès l'âge le plus tendre.

Il n'est pas possible de passer à côté d'un cas de rhumatisme chronique déformant chez l'enfant sans le reconnaître.

Les particularités cliniques imposent d'emblée le diagnostic et ne permettent pas la confusion avec d'autres maladies.

On peut dire que le rhumatisme déformant de l'enfant ne ressemble à rien d'autre.

Cette atteinte multiple et souvent symétrique des articulations, cette évolution chronique, cette apparition rapide de l'ankylose chez un enfant très jeune, jusque

là parfaitement bien portant, du moins en apparence, l'échec complet du traitement salicylé donnent à la maladie une physionomie clinique tout-à-fait spéciale.

Il est donc facile d'écarter les lésions rhumatismales d'origine infectieuse, consécutives aux maladies infectieuses : scarlatine, diphtérie, etc., très improprement désignées, faute de mieux, sous le nom de pseudo-rhumatismes infectieux.

Les circonstances dans lesquelles ce rhumatisme est apparu, son évolution habituelle vers la guérison sans ankylose sont des signes suffisamment nets.

Le rhumatisme tuberculeux est chez l'enfant facile à éliminer ; la pratique, devenue courante de la cuti-réaction offre un moyen de diagnostic différentiel rapide, et absolu car chez l'enfant la cuti-réaction négative permet d'éliminer à coup sûr la tuberculose (M. le P^r Marfan. *Les Enseignements de la cuti-réaction. Le Nourrisson*). Il est bien probable que beaucoup de cas de rhumatisme attribués autrefois, sans preuves suffisantes à la tuberculose, doivent être actuellement regardés comme étant d'origine syphilitique.

Certaines formes de rhumatismes oligo articulaire au début pourront en imposer pour des arthrites tuberculeuses, mais l'évolution par poussées et la localisation symétrique des lésions mettront sur la voie du diagnostic ; au besoin, l'inoculation au cobaye du liquide articulaire permettra de le confirmer. Le diagnostic positif et le diagnostic différentiel du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant de l'enfant sont donc choses en général faciles. Ce qu'il importe avant tout c'est d'as-

signer une cause à cette maladie, or celle qui paraît la plus fréquente, la plus certaine parce que la plus facile à démontrer, c'est la syphilis.

Ces preuves sont d'ordre clinique d'une part, et d'ordre thérapeutique d'autre part.

Ces preuves cliniques comprennent les renseignements fournis par l'enquête familiale et les examens de laboratoire.

Il faudra donc rechercher avec soin par l'interrogatoire :

1° Les antécédents *héréditaires* : tabès. P. G. syphilis avérée des parents ;

2° Les antécédents *collatéraux* : fausses couches, morts nés, polyléthalité infantile, grossesses gémellaires univitellines. Hydramnios ;

3° *Personnels*, du 1^{er} âge, ceux-ci peuvent être suivant la classification de M. le Pr Marfan divisés en :

a) Signes de certitude : qui à part la mégalosplénie ne pourront être retrouvés que par un interrogatoire minutieux car ils sont très précoces :

- Pemphigus.
- Coryza des nouveau-nés.
- Mégalosplénie.
- Syphilides.
- Maladie de Parrot.

b) Signes de probabilité :

- Adénite sus-épitrochléenne (bilatérale, sans lésion de l'avant-bras et avec cuti-réaction négative).
- Végétations adénoïdes précoces.
- Hypertrophie du thymus.

- Hydrocèle unilatérale irréductible et persistante.
- Malformations congénitales.
- Convulsions dites essentielles.
- Strabisme convergent essentiel.
- Rachitisme précoce à prédominance crânienne coïncidant avec anémie intense et mégalosplénie.

Plus tard, il faudra rechercher d'autres signes d'hérédosyphilis en évolution connue :

- Les lésions oculaires :
kératite interstitielle, chorioretinite.
- Les lésions auriculaires : surdité labyrinthique.
- Les lésions dentaires : dents d'Hutchinson typiques ou dysmorphysine dentaire.
- Lésions linguales : langue scrotale, glossite exfoliatrice marginée.

La présence d'un seul de ces signes de certitude ou la coïncidence de plusieurs signes de probabilité réunis permettront d'affirmer l'hérédosyphilis.

Il ne faudra pas négliger non plus les renseignements fournis par les épreuves de laboratoire :

- Le Wassermann.
- La radiographie.

Qui fournissent autant de précieux renseignements capables d'étayer solidement un diagnostic et partant de faire un traitement utile.

Le Wassermann, surtout chez l'enfant jeune, est souvent négatif (même contemporain de stigmates évidents) et sa négativité ne permet pas d'exclure l'hérédosyphilis.

Par contre, un Wassermann positif signifie syphilis en évolution et une réaction subpositive a la même importance.

Il faudra, même, si la première réaction est négative, commencer le traitement et faire un nouvel examen sérologique après réactivation.

La réaction de Wassermann pourra être recherchée également dans le liquide céphalorachidien. On pourra avoir recours à des réactions plus sensibles comme la réaction de Hecht dans le sang et la réaction du benjoin colloïdal dans le liquide céphalorachidien.

L'enquête familiale, les épreuves de laboratoire permettent de poser le diagnostic, la radiographie sera surtout utile au point de vue du pronostic.

Au début, la radiographie montre simplement des os décalcifiés, plus tard les extrémités osseuses sont déformées, les épiphyses prennent un aspect renflé « en champignon » à l'inverse de ce qu'on observe dans le rachitisme où l'épiphyse est au contraire excavée en cupule, ainsi que l'a fait si excellemment remarquer M. le Pr Marfan (Obs. IV, poignets; Obs. I, genoux).

Les os apparaissent pâles, les travées osseuses sont lâches, raréfiées, les contours sont flous, irréguliers.

Dans certains cas, l'interligne articulaire a disparu ainsi qu'on peut l'observer sur les radiographies suivantes :

Obs. I. — Au niveau des genoux.

Obs. IV. — Au niveau des coudes et doigts.

Ce signe indique évidemment une ankylose osseuse assez sérieuse surtout si elle est accompagnée de lésions

tendineuses de voisinage, qui, elles, ne sont pas visibles sur la radiographie. Cependant, quelquefois, seul, le tissu fibreux et synovial périarticulaire semble atteint, dans ces cas, la radiographie sera absolument négative.

L'épreuve thérapeutique instituée dès le diagnostic posé ou seulement dans les cas suspects vient, comme nous l'avions annoncé, confirmer l'étiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant de l'enfant.

En effet, dans tous les cas où le traitement a été appliqué à une période suffisamment précoce avant les multiples atteintes périarticulaires si résistantes à toute thérapeutique, on a obtenu un résultat nettement favorable. Or si le traitement antisiphilitique agit dans ces cas, ce n'est pas parce que le mercure, l'arsenic ou le bismuth ont une action favorable sur les lésions articulaires en général (le fait n'a jamais été constaté) mais bien parce que ces troubles articulaires sont déterminés par la syphilis et que par le traitement spécifique on agit directement sur la cause de la maladie, sans faire intervenir d'autres circonstances favorables.

Rappelons, qu'au contraire dans le traitement de certaines maladies de peau, la seule action du traitement ne suffit pas toujours à prouver la nature de la maladie : l'action du calomel ou de l'arsenic peuvent, en effet, être très favorables même en dehors de la syphilis.

VIII. — PRONOSTIC

Le rhumatisme chronique déformant de l'enfant avec son début précoce, son évolution lente, progressive par poussées successives, durant des années, est une maladie essentiellement tenace, mais n'ayant pas, au point de vue fonctionnel, le grave pronostic qu'elle comporte chez l'adulte.

Son origine hérédo-syphilitique fréquente, loin d'en assombrir le pronostic, permet au contraire de l'éclairer d'une lueur d'espoir : de malheureux enfants, qui, soumis aux traitements habituels, étaient voués à l'impotence et à la cachexie, pourront, s'ils ont été traités de façon précoce et persévérante, être considérablement améliorés et même guéris.

IX. — TRAITEMENT

Seul le traitement anti-syphilitique peut agir. Il n'en faut pas plus, croyons-nous, pour légitimer cette médication, même dans les cas douteux les autres traitements étant voués à un échec certain (Bulletin de la Société de Pédiatrie, 17 juin 1924, p. 298. Rhumatisme polyarticulaire déformant d'origine syphilitique chez une fillette de 4 ans par P. Vallery-Radot et P. Aris).

L'idée de traiter le rhumatisme chronique déformant par la médication anti-syphilitique n'est pas nouvelle. La découverte de médications puissantes comme les arsenicaux, ou sur lesquelles on expérimente actuellement comme les préparations bismuthiques ont permis de juger les résultats avec moins de scepticisme.

Dès 1900. — Moncorvo essayait le traitement anti-syphilitique chez un enfant de 5 mois hérédo-syphilitique certain (Obs. XXVI) atteint de rhumatisme chronique déformant, mais le traitement n'avait pas été poursuivi assez longtemps pour qu'on puisse juger de son efficacité.

En 1905. — Fouquet, dans sa thèse, signale l'efficacité relative du traitement anti-syphilitique *précoce et intensif*,

En 1915. — M. Dufour n'a pas obtenu de résultats par le traitement anti-syphilitique (B. S. M. H., 12 mars 1915, p. 193).

M. P. Legendre n'a pas non plus obtenu de résultats (même séance).

En 1918. — Le Dr F. Regnault publie un cas de polyarthrite déformante *guérie* par le traitement spécifique (sirop de Gibert, frictions, novar., *Journal des Praticiens*, 31 août 1918, p. 552).

En 1921. — M. Dufour reconnaît que l'on peut avoir des résultats surprenants, mais il faut agir *préventivement* (R. S. M. H., 29 juillet 1911, p. 1219).

En 1922. — M. Dufour insiste sur ce fait qu'il faut *agir de bonne heure* et fonde des espoirs sur l'efficacité possible des sels de bismuth.

En 1922. — Mme Geismar dans sa thèse (Paris 1922) recommande, à côté du traitement antispécifique prédominant le thorium, l'iode, l'extrait thyroïdien, le salicylate, la mécano-thérapie, après l'ionisation et les agents physiques.

En 1923. — MM. Dufour, Duchon et Durand font une communication sur un cas de rhumatisme polyarticulaire déformant *très amélioré* par le *traitement bismuthé* (B. S. M. H., 25 mai 1923, p. 732 et 735).

A la même séance. — M. Comby déclare avoir vu au Maroc des cas guéris par l'arsénobenzol.

Un peu plus tard. — MM. Carnot et Blamontiers présentent un cas de rhumatisme chronique déformant chez

une syphilitique (Wassermann positif et lésions aortiques) très nettement amélioré par le traitement arsenical novar-éparséno (B. S. M. H., 8 juin 1913, p. 833).

Quelques mois plus tard. — MM. Dufour et Duchon présentent 2 cas traités par le *Quinby* et améliorés (B. S. M. H., 2 novembre 1923, p. 1408).

Les résultats obtenus dans les 5 observations (I à VI) recueillies dans le service de M. le Pr Marfan ont été excellents : on voit successivement l'état général s'améliorer, les douleurs s'atténuer et dans les cas favorables, les troubles fonctionnels disparaître, même alors que parfois les déformations ont à peine rétrocedé.

Le traitement antispécifique ne fait pas disparaître les grosses déformations osseuses, mais elle les atténue nettement et peut, dans une certaine mesure, arrêter la progression de la maladie et surtout le processus de sclérose qui frappe si souvent les tissus périarticulaires, facteur important d'ankylose.

C'est donc un traitement à entreprendre le plus précocement possible : ce point est capital. Plus les lésions sont anciennes, plus la restitution de la valeur fonctionnelle sera difficile à obtenir.

Heureusement, la tendance aux réactions fibreuses est moins vive et moins précoce chez l'enfant que chez l'adulte, mais, cependant il y aura toujours avantage à agir dès le début.

C'est aussi un traitement de longue haleine à entreprendre. Le rhumatisme chronique déformant qui met des mois, des années à évoluer, est lent également à

guérir. C'est pourquoi il y aura avantage à varier les médications : on fera alterner les cures de mercure, d'arsenic et de bismuth. On évitera de cette façon les résultats néfastes d'un traitement unique, souvent trop intensif sur des organes jeunes et fragiles.

Le bismuth (Quinby) en injections intramusculaires est une bonne médication d'attaque que l'on pourra faire alterner avec le novar sous-cutané dissout dans la solution de Balzer par exemple : cette préparation est bien supportée chez l'enfant et l'arsenic agit favorablement sur l'état général. C'est un eutrophique remarquable dont nous avons été à même d'apprécier les heureux effets. Quand on le peut, l'injection intraveineuse est préférable car elle est plus active : la petitesse des veines chez les enfants très jeunes, et l'angulation du coude par ankylose constituent un obstacle réel.

Quant au mercure, on peut le prescrire sous forme de cyanure de mercure en injections intraveineuses lorsqu'on aura la chance d'avoir des veines accessibles.

Quelquefois, et surtout chez de jeunes enfants, il pourra y avoir avantage à prescrire l'onguent napolitain en frictions, au niveau des articulations malades, ou la solution de lactate de mercure au 1/000.

Pendant les périodes de repos intercalaire on aura recours :

1° A la médication iodée (par voie gastrique ou intramusculaire) que l'on peut associer à l'arséniate de soude comme dans la formule suivante que préconise M. Marfan :

Arséniate de soude.....	2 centigr.
Iode métallique.....	0,05
Iodure de potassium.....	5 gr.
Eau distillée.....	250 cc.

dont on donnera :

3 cuillers à café par jour à 3 ans ; 2 cuillers à soupe à 7 ans.

pendant 10 jours.

2° Aux préparations soufrées.

3° Au traitement opothérapique : l'extrait thyroïdien sera donné pendant 10 jours par mois à la dose de 1 à 3 centigrammes selon l'âge.

Enfin il ne faudra pas négliger le traitement externe : Bains sulfureux, héliothérapie.

Le massage et la mobilisation prudente des articulations atteintes.

La coïncidence du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant avec des stigmates évidents d'hérédosyphilis devra, bien entendu, commander un traitement particulièrement soutenu. La recherche de la réaction de Wassermann à plusieurs reprises au cours du traitement, les résultats obtenus guideront le clinicien dans sa tâche délicate.

CONCLUSIONS

1. Le rhumatisme chronique déformant n'est pas exceptionnel chez l'enfant. Il débute souvent dans le tout jeune âge.

2. C'est un rhumatisme polyarticulaire qui atteint avec une prédilection toute spéciale le membre supérieur et principalement les articulations des doigts.

3. L'atteinte des articulations généralement symétrique, le gonflement articulaire, la marche lente de la maladie, son évolution vers la sclérose périarticulaire et l'ankylose, l'atteinte presque constante des extrémités osseuses, l'échec absolu du traitement salicylé caractérisent cette affection.

4. L'origine hérédo-syphilitique en est très fréquente.

Il est bien rare de ne pas observer la coexistence d'un ou plusieurs signes d'hérédo-syphilis avec le rhumatisme chronique déformant.

5. La maladie est grave, longue, mais non incurable. Son origine, le plus souvent syphilitique, impose d'emblée

un traitement sérieux qui doit être tenté dans tous les cas, même les plus douteux, car tout autre traitement est voué à un échec absolument certain.

6. A la condition de prolonger suffisamment le traitement et d'alterner les médications bismuthique, arsenicale et mercurielle, on a le droit d'espérer la guérison, ou tout au moins une amélioration, si le traitement a été commencé de bonne heure.

7. L'opothérapie thyroïdienne, l'iode et le soufre peuvent être des adjuvants utiles du traitement anti-syphilitique.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
MARFAN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Traités classiques.

APERT. — *Maladie des enfants*, p. 552.

GAUCHER-COMBY et MARFAN, 1897. — *Traité des maladies de l'enfance*, 3^e édition, t. I, p. 512.

G. LACAPÈRE et Pierre VALLERY-RADOT. — *Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise*, Paris, Maloine, 1922.

SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. — *Pédiatrie*, t. II, p. 856 (Lance).

II. — Thèses

AMELIN. — *Le rhumatisme chronique chez l'enfant*, 1896.

CABADÉ. — *Rhumatisme articulaire chronique*, 1920.

B. DAUBAN. — *Contribution à l'étude du rhumatisme chronique progressif*, Paris, 1895, n^o 149.

DAUJON. — *Les ostéo-arthrites déformantes de la syphilis héréditaire*, Paris, 1887.

DEGLOS. — *Etude sur le rhumatisme chronique progressif et déformant*, 1907.

DIAMANTBERGER. — *Le rhumatisme nouveau chez les jeunes enfants*, 1891.

DIRATZOUYAN. — *La poly-arthrite chronique déformante de cause syphilitique*, Paris, 1924.

Ed. FOURNIER. — *Pseudo-rhumatisme poly-articulaire aux membres inférieurs chez une hérédo-syphilitique de 17 ans*, 1898.

FOUQUET. — *La syphilis articulaire*, Paris, 1904, n° 387.

Mme GEISMAR. — *Du rhumatisme poly-articulaire chronique déformant syphilitique*, Paris, 1922.

LAPLANE. — *Rôle du rhumatisme chronique déformant syphilitique dans l'ostéo-chondrite de la hanche*, Montpellier, 1921.

LIÉNARD. — *Rhumatisme chronique déformant*, Revue générale, à propos d'un cas, Lille, 1905.

MAILLARD. — *Du rhumatisme chronique chez l'enfant*, Nancy, 1907.

P. MÉNARD. — *Glande thyroïde et rhumatisme*, Paris, 1908.

MÉRICAMP. — *Les arthropathies syphilitiques tertiaires*, Paris, 1882.

MÉTAYER. — *Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive*, Paris, 1904.

PÉLISSIER. — *Le rhumatisme articulaire chronique progressif chez l'enfant*, Paris, 1889.

III. — Revues Médicales

Annales de Dermatologie et syphiligraphie.

E. FOURNIER. — *Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'hérédo-syphilis*, 1901, p. 1081.

M. HUZAR. — *Poly-arthrite syphilitique aiguë à un stade avancé de la syphilis*, mai 1914, p. 300.

Archivos Latino-Américanos de Pediatría.

Reumatismo cronico heredo-sifilitico en la Infancia, février 1925, p. 619.

Mamerto Acuna y Florencio Bazan. *Compte-rendu du IV^e Congrès américain de Pédiatrie*. Santiago, oct. 1924.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux.

CARNOT et BLAMOUTIERS. — *Rhumatisme chronique déformant chez une syphilitique*. Amélioration très nette par le traitement arsenical, 8 juin 1923, p. 833.

COMBY. — 25 mai 1923, p. 733.

H. DUFOUR. — *Etiologie syphilitique du rhumatisme poly-articulaire chronique déformant*. Présentation de 3 malades, 12 mars 1915, p. 491.

H. DUFOUR et RAVINA. — Même sujet, 29 juillet 1924, p. 1219.

H. DUFOUR et Mme GEISMAR. — Même sujet, 23 juin 1922, p. 970.

H. DUFOUR, DUCHON et DURAND. — *Rhumatisme déformant poly-articulaire syphilitique très amélioré par le traitement bis-muthé*, 25 mai 1923, p. 732.

H. DUFOUR et DUCHON. — Même sujet, 2 novembre 1923, p. 1408.

E. DUHOT. — 30 novembre 1923, p. 1641.

Ch. FLANDRIN. — *Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis*, 14 décembre 1923, p. 1732.

GILBERT BÉNARD et FATOU. — *Un cas de poly-arthrite hérédosyphilitique tardive*, 14 décembre 1923, p. 1768.

HAGUENAU et BERNARD. — 19 janvier 1923, p. 73.

HARVIER et DECOURT. — *Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes hérédosyphilitiques*, 30 novembre 1923, p. 1663.

MERCKLEN (discussion). — 29 juillet 1921, p. 1221.

MILIAN. — *A propos du rhumatisme déformant*, 26 janvier 1923, p. 102.

Bulletin de la Société de Pédiatrie.

P. VALLERY-RADOT et P. ARIS : *Rhumatisme poly-articulaire chronique déformant chez une fillette de 4 ans*, 17 juin 1924, p. 294.

Echo Médical du Nord.

Ch. GERNEZ. — *Le rhumatisme poly-articulaire déformant syphilitique*, 7 janvier 1922, p. 5.

Journal des Praticiens.

D. F. REGNAULT. — *Un cas de rhumatisme poly-articulaire*

MARCHAND

déformant guéri par le traitement spécifique, 31 août 1918, p. 552.

Marseille Médical.

ROGER et LAPLANE. — 15 septembre 1921, n° 18, p. 817.

Le Monde Médical.

H. DUFOUR. — *Le Rhumatisme poly-articulaire chronique déformant syphilitique*, 1^{er} décembre 1924, p. 753.

E. SERGENT. — *Glande thyroïde et Rhumatisme*, 14 juillet 1923, p. 537.

Paris Médical.

LACAPÈRE et LAURENT. — *Syphilis articulaire chez les indigènes au Maroc*, t. XXXIII, p. 221.

MÉRY et GUÉRIN. — *Rhumatisme déformant chez un enfant d'un an hérédo-syphilitique*, t. XXXIII, p. 232.

Pediatrics.

BOCCHINI. — *Rhumatisme-chronico-herédosifilitico en la Infancia*, 15 mai 1925, p. 557.

Presse Médicale.

A. B. MARFAN. — *Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons*, n° 33, 25 avril et n° 36, 5 mai 1923.

2° *La cuti-réaction et ses enseignements.*

Immunités antituberculeuses, n° 98 et 102 des 8 et 22 décembre 1923.

Pratique Médicale française.

Pierre VALLÉRY-RADOT. — *Rôle de la syphilis dans le rhumatisme chronique déformant de l'enfant*, octobre 1924, p. 842.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
I. — Historique.....	11
II. — Etiologie.....	15
III. — Symptomatologie.....	23
IV. — Observations.....	30
V. — Anatomie pathologique.....	50
VI. — Pathogénie.....	61
VII. — Diagnostic.....	64
VIII. — Pronostic.....	70
IX. — Traitement.....	71
X. — Conclusions.....	76

Figures

Obs. III. — Aspect général. Fig. 1.....	34
Attitude d'une main. Fig. 1 <i>bis</i>	34
Obs. IV. — Avant-bras gauche. Fig. 2.....	34
Obs. VIII. — Aspect général. Fig. 3.....	34
Déformations des mains.....	34
Obs. IX. — Aspect général. Fig. 4.....	44
Obs. X. — Membres inférieurs. Fig. 6.....	44
Obs. XI. — Aspect général. Fig. 5.....	44
Obs. XII. — Membres inférieurs. Fig. 7.....	44

Radiographies

Obs. I. — Genou.....	31
Obs. IV. — Coude.....	37
Main.....	38
Radio d'enfant normale de 12 ans, coude.....	37

1925. Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC
